

OFICINA

O ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

GUIA DO PARTICIPANTE

JUNHO | 2024



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO CEARÁ – SESA

Secretária de Estado da Saúde (SESA):

Tânia Mara Silva Coelho

Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS):

Maria Vaudelice Mota

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG):

Antônio Silva Lima Neto

Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE):

Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI):

Carla Cristina Fonteles Barroso

Secretário Executivo Administrativo-financeiro (SEAFI):

Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho

Superintendente da Região de Saúde do Litoral Leste (SRLES):

Mere Benedita do Nascimento

Superintendente da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR):

Ícaro Tavares Borges

Superintendente da Região de Saúde do Sertão Central (SRCEN):

Antonio Weliton Xavier Queiroz

Superintendente da Região de Saúde do Cariri (SRSUL):

Tereza Cristina Mota de Souza Alves

Superintendente da Região de Saúde de Sobral (SRNOR):

Mônica Souza Lima

Coordenadora de Atenção Primária à Saúde (COAPS):

Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

Orientadora da Célula de Atenção Primária e Promoção da Saúde (CEPRI):

Juliana Alencar Moreira Borges

Orientadora da Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas (CEPOP):

Ana Valéria Escolástico Mendonça

Assessora Especial da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS):

Sayonara Moura de Oliveira Cidade

Assessora Especial da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS):

Maria Ivone Ferreira Melo do Nascimento

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Presidente:

Fábio Baccheretti

Secretário Executivo:

Jurandi Frutuoso

Assessora Técnica:

Maria José de Oliveira Evangelista

Consultor:

Eugênio Vilaça Mendes

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS

Representante da OPAS no Brasil:

Socorro Gross

Coordenador de Sistemas e Serviços de Saúde e Capacidades Humanas para a Saúde:

Julio Pedroza

Consultora Nacional de Capacidades Humanas para a Saúde:

Cristiane Gosch

UMANE

Superintendente Geral:

Thais Junqueira

Coordenadora de Projetos:

Fabiana Mussato

Monique Moura

ORGANIZADORES DO GUIA

Consultores:

Eliane Chomatas, Marco Antônio Bragança de Matos, Priscila Rabelo, Rubia Barra, Sandra Sperotto e Alzira Guimarães

Consultores Regionais:

Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra, Maria Aparecida de Souza e Silvana Patrícia

*Imagem da capa: Adobe Stock

APRESENTAÇÃO

ETAPA 3 (APS)

O ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ETAPA3 (APS) O ACESSO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A etapa 3 da Planificação tem como tema “O Acesso à Rede de Atenção à Saúde” e visa compreender que o acesso é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. Quando organizamos o acesso estamos fortalecendo os microprocessos básicos relacionados a recepção das pessoas usuárias, representados no alicerce da casa da APS.



1. MACROPROCESSOS BÁSICOS

- Organização da recepção ao usuário

Nesta oficina tutorial vai ser discutida o acesso aos cuidados primários e sua organização por meio de instrumentos e orientações buscados na literatura, especialmente em Mendes (2019).

A questão central do acesso é o equilíbrio entre demanda e oferta. O segredo para a melhoria do acesso está em alcançar o balanceamento da oferta e da demanda, numa periodicidade diária, semanal e mensal. Requer a compreensão da oferta e da demanda e a comunicação eficaz em todos os níveis de atenção.

Para que uma pessoa usuária, quando necessita de um determinado procedimento de saúde, o consiga efetivamente, torna-se necessário adotar estratégias e mecanismos de acesso rápido.

O acesso tem de ser universal para toda população adstrita e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade sentida pelo usuário, tendo em vista que não se pode esperar que as pessoas usuárias conheçam a natureza, o risco ou a urgência de seus vários problemas antes de buscarem atendimentos.

No caso das condições crônicas não agudizadas, o acesso à AAE e outros pontos de atenção acontece a partir da APS, que cadastra a população, identifica os usuários com uma determinada condição crônica de saúde, estratifica o risco e define a subpopulação que

terá o cuidado compartilhado com a equipe especializada. Também para este fluxo de acesso à atenção secundária, devem ser definidas estratégias na rede de atenção que garantam a continuidade do cuidado.

A seguir pode-se ver a Matriz de Gerenciamento de Tutoria da Etapa 3, para APS, contendo objetivos, resultados esperados, a relação de atividades propostas, assim como todo material de apoio quando necessário.

MATRIZ DE GERENCIAMENTO DE TUTORIA – ETAPA 3 – APS O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - MACROPROCESSOS BÁSICO	
Objetivo	Organizar o acesso na Atenção Primária à Saúde
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none">• Equipe apropriada sobre o conceito, princípios e ferramentas de acesso na APS• Melhoria dos fluxos e tempo de atendimento• Bloco de horas implantado• Processos da recepção da unidade organizados• Plano de ação atualizado
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição do número de dias para agendar primeiras consultas de condições crônicas e eletivas• Tempo de permanência total do usuário na unidade otimizado• Diminuição da taxa de hiperutilização pelos usuários do atendimento por médico ou enfermeiro• Diminuição da taxa de absenteísmo geral e por profissional

MOMENTOS OPERACIONAIS RELATIVOS A OFICINA TUTORIAL 3

ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS NA UNIDADE – MANHÃ

ATIVIDADE 1 – GIRO NA UNIDADE

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>S (ESTUDAR)</p> <p>Observar os processos relacionados a recepção: o fluxo de pessoas, volume de atendimentos e ações realizadas na recepção, para isso, é importante estar atento a diversos fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de pessoas aguardando atendimentos diversos • Como as pessoas são acolhidas • Existência de fluxos definidos • São confirmados os três identificadores dos usuários • A ambiência é adequada 	Tutor da UBS	Tutores da SESA (central/regional) Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS	Roteiro para o Giro da Etapa 3 na unidade de APS

ATIVIDADE 2 - AVALIAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA APS

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>S (ESTUDAR)</p> <p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o percentual de cumprimento dos itens de verificação relacionados a Etapa 1, Etapa 2 e o percentual total, relacionados a construção da “casa da APS” • Discutir de maneira geral os itens com não conformidade, para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS • Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas <p>Obs.: As ações corretivas para os itens não conformes da Etapa 1 e 2 serão discutidas e revisadas sendo mantidas no plano de ação</p>	Tutor da UBS	Tutores da SESA (central/regional) Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS

OFICINA TUTORIAL - PERÍODO TARDE

ATIVIDADE 3 – MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÃO DAS ETAPAS 1 E 2

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>S (ESTUDAR)</p> <p>Realizar o monitoramento do plano de ação das ações que ainda não foram concluídas da etapa 1 e verificar cada item da etapa 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • População geral cadastrada na unidade e população estimada não cadastrada: analisar o parâmetro de cobertura da população e a taxa de cobertura de cadastro • Subpopulações com condições crônicas: número de pessoas acompanhadas e número de pessoas estimadas e não acompanhadas e quantas pessoas estão nas listas de registro coletivo por condições crônicas • Avaliar se existem barreiras para o acesso e investigar suas possíveis causas (Por que existem pessoas residentes no território de abrangência e não estão cadastradas e acompanhadas?) <p>Hipóteses para serem verificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso a população esteja dentro dos parâmetros propostos, manter o cadastro sempre atualizado e definir ações para conhecimento e acompanhamento das pessoas com suas necessidades • Caso haja uma sobre-população na área de abrangência da equipe e/ou barreiras de acesso difíceis de ser superadas, considerar a possibilidade de redivisão das áreas com as unidades vizinhas e/ou implantação de novas equipes 	Tutor Municipal	Tutores da SESA (central/regional) Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de Saúde	Plano de Ação

ATIVIDADE 4 - MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>S (ESTUDAR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar os dados dos indicadores • Avaliar as melhorias alcançadas 	Tutor da UBS	Tutores da SESA (central/regional) Coordenador Municipal da APS Gerente da UBS Equipe de saúde	Resultados do Previn Brasil do último trimestre

ATIVIDADE 5 - DISCUTINDO O ACESSO NA APS

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>Realizar alinhamento conceitual sobre acesso, resgatando conceitos e os enfoques e ferramentas para a organização do acesso da população à unidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microsistemas clínicos • Enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento • O balanceamento entre a demanda e a oferta • As pessoas hiperutilizadoras 	Tutor da UBS	Tutores da SESA (central/regional) Coordenador Municipal da APS Gerente da UBS Equipe de saúde	Apresentação PowerPoint® Padrão Texto de apoio: O acesso à Atenção Primária à Saúde

ATIVIDADE 6 - ORGANIZAÇÃO DA RECEPÇÃO E FLUXO DE ATENDIMENTO

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>Apresentar os achados observados na recepção durante o giro da unidade</p> <p>Realizar discussão sobre a importância de conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balanço de atendimento semanal; • Processos de trabalho da recepção; • Fluxo de atendimento <p>Apresentar os instrumentos para mapeamento da recepção, instrumento para análise do balanço do atendimento semanal e o instrumento para avaliação de mapa de fluxo e ciclos de atendimento</p> <p>Identificar necessidade de adequação dos instrumentos para a realidade local</p>	Tutor da UBS	Tutores da SESA (central/regional) Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de saúde	Apresentação PowerPoint® Padrão Texto de apoio: O acesso à Atenção Primária à Saúde

ATIVIDADE 7 - ORGANIZAR O ATENDIMENTO POR BLOCO DE HORAS

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>PLANEJAR</p> <p>Realizar alinhamento conceitual sobre atendimento por blocos de horas</p> <ul style="list-style-type: none"> Os tipos de agendamentos na atenção primária à saúde <p>Definir ações para implantação</p>	Tutor da UBS	Tutores da SESA (central/regional) Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de Saúde	Apresentação PowerPoint® Padrão Texto de apoio: Orientações para implantar o atendimento por blocos de horas

ATIVIDADE 8 - ATUALIZAR O PLANO DE AÇÃO

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>PLANEJAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluir as ações para melhoramento dos indicadores monitorados pela SMS, caso necessário Incluir as ações de enfrentamento de problemas e melhoria do acesso 	Tutor da UBS	Tutores da SESA (central/regional) Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de Saúde	Plano de ação

ATIVIDADE 9 - AÇÕES MÍNIMAS A SEREM REALIZADAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Analisar o balanço do atendimento semanal</p> <p>Realizar levantamento sobre o perfil da demanda para verificar o tipo e volume de usuários (por turno e dia da semana) que procuram a unidade para: atendimento agendado (individual e em grupo); demanda espontânea com queixa aguda e não aguda; vacinação; curativo; coleta de exames; renovação de receita; resultado de exames; marcação de consultas e exames especializados; dispensação de medicamentos; outros</p> <p>Realizar levantamento sobre o tipo e volume de demandas por atendimento não respondidas, por turno e dia da semana</p> <p>Realizar cálculo da capacidade operacional da equipe para atendimentos, por dia e semana</p> <p>Confrontar o número de atendimentos da capacidade operacional com o número total de atendimentos demandados e respondidos e atendimentos demandados e não respondidos</p> <p>Apresentar os resultados na próxima oficina tutorial</p> <p>Hipóteses para serem verificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Balanço favorável (oferta maior ou igual à demanda): aperfeiçoar os processos de cuidado, principalmente com relação ao cuidado das condições crônicas e às ações de promoção e prevenção Balanço desfavorável (demanda maior que a oferta): realizar investigação de possíveis causas relacionadas à sobre-população (item anterior); hiperutilização por pequeno grupo de usuários (próximo item); não realização da estratificação de risco das condições crônicas; restrição da oferta (não cumprimento ou horário reduzido do trabalho; pouca colaboração dos profissionais; falta de espaço de atendimento para todos os profissionais; ou outras e definir as ações para seu enfrentamento 	Gerente da Unidade e Tutor da UBS	Equipe de saúde	Matriz para análise do balanço do atendimento semanal



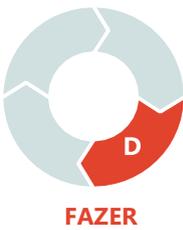
ATIVIDADE 9 - AÇÕES MÍNIMAS A SEREM REALIZADAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO (CONT.)

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
Pessoas hiperutilizadoras (usuários frequentes)			
<p>Identificar as pessoas hiperutilizadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> Considera-se pessoa hiperutilizadora aquelas que tiveram mais de 6 atendimentos no ano pelo médico ou enfermeiro. <p>Para todas as pessoas hiperutilizadoras identificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> discutir o caso, preferencialmente por equipe multiprofissional, e investigar os motivos da hiperutilização identificar os usuários com hiperutilização apropriada e não apropriada Planejar ações específicas para estas pessoas, com por exemplo atendimento em grupo com a eMulti monitorar os dados da hiperutilização, com vistas à sua redução 	Gerente da Unidade e Tutor da UBS	Equipe de saúde	
Agenda de atendimentos			
 <p>Realizar análise da agenda de atendimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Calcular a taxa de absenteísmo por profissional Verificar o número de dias para agendar consultas de condições crônicas e eletivas <p>Hipóteses para serem verificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para situações de alto absenteísmo: investigar a motivação da ausência junto aos próprios usuários; estabelecer mecanismos de lembrete; fortalecer a vinculação com os usuários; fortalecer o apoio familiar; estudar possibilidades de acesso a trabalhadores Para situações com longos tempos de espera: agendamento de acordo com a estratificação de risco; monitoramento clínico para estabilização; redução da hiperutilização; otimização da presença do usuário na unidade, para resolução de vários problemas no mesmo dia; novas práticas clínicas para atendimento em grupos; entre outras intervenções 	Gerente da Unidade e Tutor da UBS		

ATIVIDADE 9 - AÇÕES MÍNIMAS A SEREM REALIZADAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO (CONT.)

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
Gestão dos fluxos assistenciais			
<p>Analisar os fluxos de atendimento da unidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenhar o mapa de fluxos da unidade para os vários tipos de demanda, desde a chegada do usuário, as várias etapas do atendimento, até o desfecho do atendimento e a saída do usuário • Realizar a medição dos tempos do ciclo de atendimento, registrando a duração e o intervalo entre cada etapa do fluxo mapeado • Identificar: gargalos no fluxo e analisar suas possíveis causas para superá-lo; processos que não geram valor para os usuários; manifestações de insatisfação do usuário e do profissional; possíveis etapas desnecessárias • Redesenhar os fluxos, eliminando todas as inconformidades identificadas, com vistas à redução dos tempos de espera a parâmetros adequados e maximização do tempo que a pessoa gasta com o atendimento direto com o profissional • Apresentar os fluxos na oficina tutorial subsequente 	Gerente da Unidade	Tutor da UBS Equipe de saúde	<p>Texto de apoio: O mapa de fluxo e o ciclo de atendimento</p> <p>Instrumento para avaliar o mapa de fluxo e ciclo de atendimento</p> <p>Texto de apoio: Fluxogramas de processos</p>
 <p>FAZER</p> <p>Organizar a recepção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mapear dos processos realizados • medir do volume de atendimento das várias atividades • realizar análise crítica sobre procedimentos que são próprios da recepção e necessidade de melhoria da qualidade e procedimentos que não são próprios da recepção e podem ser transferidos para outros setores 	Gerente da Unidade	Tutor da UBS Equipe de saúde	<p>Instrumento para mapeamento da recepção da unidade básica</p> <p>POP Recepção</p>

ATIVIDADE 9 - AÇÕES MÍNIMAS A SEREM REALIZADAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO (CONT.)

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
Agendamento por bloco de horas			
 <p>Organizar o agendamento por bloco de horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> discutir as razões, objetivos e operacionalização do agendamento por bloco de horas e pactuar com a equipe a sua implantação pactuar sobre a possibilidade de escolha pelo usuário do dia e horário mais oportuno para o agendamento definir estratégias para esclarecimento dos usuários 	Gerente da Unidade	Tutor da UBS Equipe da recepção	
Melhoria na preparação dos atendimentos			
<p>Implantar melhorias na preparação dos atendimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> lembretes ao usuário sobre atendimentos agendados (por meio de telefone, e-mail, aplicativos de mensagens, redes sociais); verificação na recepção, dos documentos de identificação do usuário; trabalhar com os três identificadores verificação, na recepção, de resultados de exame, planos de cuidado e autocuidado, laudos solicitados, cartões de acompanhamento, acompanhantes e outros itens necessários para o atendimento 			

ATIVIDADE 10 - ENTREGAR O RESULTADO ESPERADO

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<ul style="list-style-type: none"> Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas; Reavaliar estratégias para melhoria dos indicadores; Inserir novas estratégias quando necessário 			

TEXTOS DE APOIO E INSTRUMENTOS DA ETAPA 3

TEXTO DE APOIO – O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde associam-se fortemente com a qualidade do cuidado e com a satisfação das pessoas usuárias (BLEUSTEIN et al., 2014). A avaliação negativa do SUS pela população tem muito a ver com as dificuldades de acesso.

Diante das evidências relacionadas ao acesso a Planificação dedica a Etapa 3, para sua organização.

O conceito de acesso aos serviços de saúde

A crescente prevalência das condições crônicas na situação de saúde e a constatação de que os usuários devem envolver-se no próprio cuidado indicam a necessidade de um novo acesso aos serviços, de forma em que a atenção à saúde seja:

- Centrada na pessoa;
- Com base na gestão populacional;
- Introduzindo novos modelos de atenção às condições crônicas.

Neste contexto, acesso é definido como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades percebidas como cuidado, com a interface entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços.

Para a Organização Mundial da Saúde, o acesso está relacionado à cobertura efetiva, ou seja, a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Para Donabedian (1973), acesso é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população e para o Institute of Medicine (2015) o acesso tem a ver com a questão “como podemos ajudá-lo hoje?”. Os serviços de saúde que implementam essa filosofia praticam uma atenção centrada nas pessoas.

Em organizações públicas, como o Sistema Único de Saúde (SUS), os modelos de gestão devem levar, necessariamente, à geração de valor para seus beneficiários, em termos econômicos, sanitários e de equidade. Um problema que dificulta a organização do

¹ Texto adaptado com base no Capítulo 11 – O desafio dos cuidados primários: a organização do acesso à atenção primária à saúde de Eugênio Vilaça Mendes no livro Desafios do SUS: CONASS, 2019.

acesso aos serviços de saúde é o modelo de gestão praticado hegemonicamente pelos sistemas de atenção à saúde e pelo SUS, o modelo de gestão da oferta, onde população é genérica, normalmente definida pelas projeções demográficas do IBGE, sem criar vínculos e responsabilidades entre profissionais de saúde e pessoas usuárias. Trabalha com indivíduos não estratificados por riscos estruturado por parâmetros de oferta, construídos, em geral, por séries históricas, não tendo ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias.

As doutrinas dos sistemas universais e da cobertura universal em saúde, muitas vezes, dão a entender que cobertura universal e acesso são conceitos idênticos. Contudo, esses conceitos são diferentes porque, nos sistemas universais ou naqueles de cobertura universal, o acesso pode ser dificultado pela existência de barreiras a ele.

Essas dificuldades tendem a serem maiores na proposta de cobertura universal em saúde que nos sistemas públicos universais. É comum que essas barreiras obstruam o acesso de pessoas a serviços de saúde por várias razões: alguns serviços não estão cobertos na carteira de serviços; alguns serviços são formalmente cobertos, mas não estão disponíveis; alguns serviços exigem copagamentos que impossibilitam o acesso dos mais pobres; e há dificuldades de acesso a alguns serviços por razões geográficas, de gênero, culturais, socioeconômicas e administrativas (BUSSE et al., 2006).

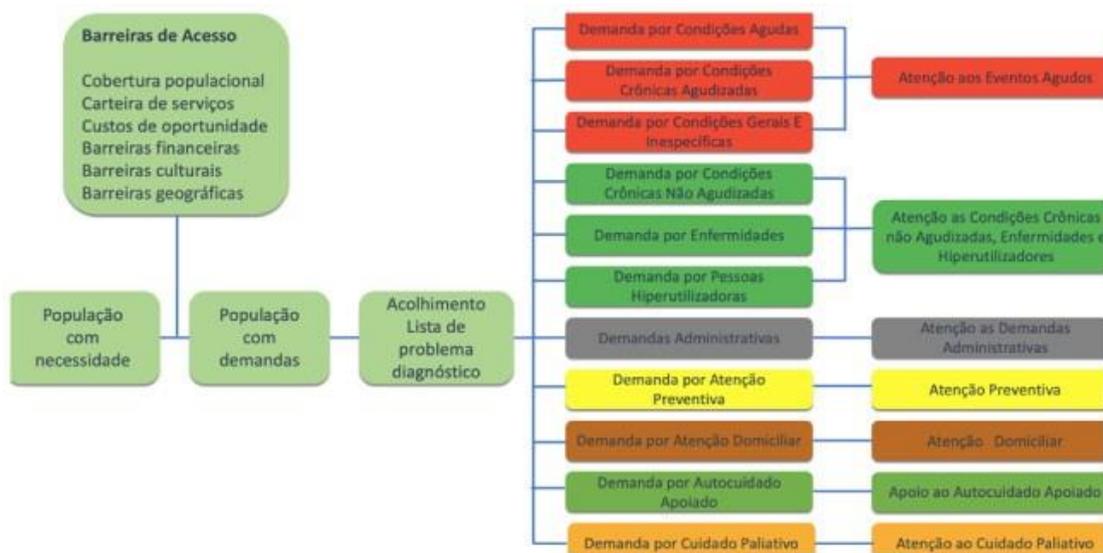
As principais barreiras ao acesso aos serviços de saúde são a população coberta por seguro saúde, a extensão da carteira de serviço, os arranjos de financiamento, as barreiras geográficas, as barreiras organizacionais e a utilização efetiva dos serviços.

Para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, é necessário trabalhar com o modelo da gestão da saúde da população que se faz sobre necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde. Essa população, tem uma relação de vínculo permanente e personalizado com a equipe de saúde que está estratificada segundo critérios de risco e de acesso.

O acesso aos serviços de saúde resulta do balanceamento entre as estruturas de oferta e demanda. A oferta é definida como o número de atendimentos disponíveis em um dado período de tempo e se concretiza em uma agenda elaborada pelas unidades de saúde envolvendo todos seus profissionais e diferentes formas de encontros clínicos, como consultas individuais presenciais, atendimentos contínuos, atendimentos compartilhados em grupos, grupos operativos, grupos de pares, atendimentos à distância e outros. A demanda refere-se ao total das pessoas que buscam atendimento em um período determinado de tempo por telefone, por correio eletrônico e presencialmente nas unidades de saúde

(demanda externa), somado ao número de atendimentos de retorno gerados pelos profissionais de saúde (demanda interna) (MENDES, 2019).

O primeiro passo na construção social da Atenção Primária à Saúde (APS) é estabelecer a estrutura da demanda por cuidados primários. Sabe-se que a demanda na APS é complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa, e sua diversidade e distribuem-se em uma relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada. Estruturam-se diferentes perfis de demandas que podem ser agrupados em demanda por condições agudas; por condições crônicas agudizadas; por condições gerais e inespecíficas; por condições crônicas não agudizadas; por enfermidades; por pessoas hiperutilizadoras; administrativas; por atenção preventiva; por atenção domiciliar; por autocuidado apoiado e cuidados paliativos, que foram agrupados em perfis de oferta, originando os macroprocessos da construção social da APS (Figura 1).



Fonte: (MENDES, 2019)

Os princípios para a organização do acesso na APS

Um Comitê do Instituto de Medicina definiu seis princípios básicos para o acesso aos serviços de saúde nas dimensões da APS, da AAE, da atenção hospitalar e da atenção pós-aguda (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

- **Primeiro princípio:** o balanceamento entre a oferta e a demanda. Implica uma avaliação quantitativa, formal e contínua, da oferta e da demanda para a provisão do acesso oportuno.
- **Segundo princípio:** o atendimento imediato das pessoas usuárias e suas famílias. Cada pessoa ou família que busca atenção à saúde deve ser questionada sobre qual é o problema e o que o serviço de saúde poderia ajudar naquele momento (Como podemos ajudá-lo hoje?). A meta é o atendimento no mesmo dia ou em dois dias no máximo, a menos que a pessoa deseje ser atendida em outro momento ou nos atendimentos programados pela equipe.
- **Terceiro princípio:** as preferências das pessoas usuárias, considerando também o dia e horário para ser realizado o atendimento.
- **Quarto princípio:** a utilização de uma atenção definida, sob medida, pelas necessidades das pessoas usuárias. As opções de atendimentos no mesmo dia deveriam incluir vários métodos para atender às necessidades e aos interesses das pessoas usuárias, incluindo atendimentos alternativos aos encontros clínicos individuais face a face como atendimentos à distância ou virtuais e os atendimentos por profissionais não médicos.
- **Quinto princípio:** a utilização de planos de contingência. Cada serviço de saúde deve desenvolver planos de contingência para responder aos desequilíbrios, previstos e imprevistos, entre oferta e demanda.
- **Sexto princípio:** a avaliação contínua. Os indicadores de acesso devem ser definidos, monitorados e avaliados. Devem servir para avaliar as atividades diárias e monitorar os agendamentos em períodos de tempo específicos.

Os microsistemas clínicos

Os microsistemas clínicos proveem um referencial para organizar, medir e melhorar a oferta dos cuidados de saúde, favorecendo o acesso. Uma característica essencial dos microsistemas clínicos é que eles estão localizados onde se dão os encontros clínicos entre as unidades de saúde e as pessoas usuárias. Tem sido considerados

o lugar em que as pessoas usuárias, as famílias e os profissionais de saúde se encontram e em que o cuidado é prestado, a qualidade e a segurança são garantidas, a eficiência e a inovação são alcançadas, e o moral da equipe e a satisfação das pessoas usuárias são altos. Esses microsistemas clínicos incluem o pessoal administrativo, as tecnologias, os processos e os padrões de informação, de comportamentos e de resultados.

Como se vê na Figura 1, os microsistemas clínicos têm cinco componentes, os 5 P's: Propósito, Pessoas usuárias, Profissionais, Processos que o microsistema utiliza na prestação dos cuidados e Padrões. Esses 5 P's caracterizam a funcionalidade do microsistema.

Um bom exemplo de microsistema clínico é uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF). Essa equipe tem um propósito, vários profissionais de saúde e uma população adstrita a ela, operando por processos e adotando padrões que marcam a funcionalidade do sistema.

Microssistema Clínico APS-AAE

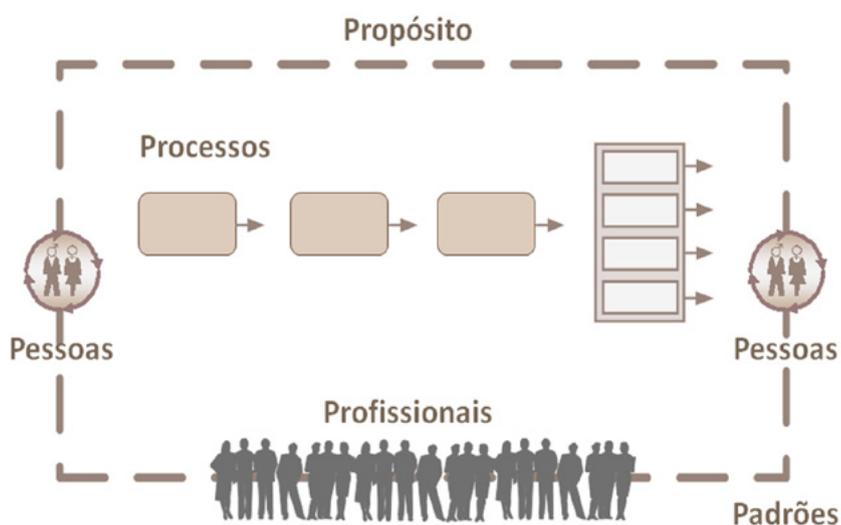


Figura 1 – Microssistema Clínico

Para compreender melhor o microsistema clínico vamos descrever os passos de uma pessoa usuária entrando em um serviço de saúde:

1. Uma **Pessoa** usuária demanda o serviço de saúde (ela “entra” no serviço);
2. Encontra os **Profissionais** da equipe;
3. A equipe se pergunta: “Como posso ajudá-lo hoje?”. O que implica em conhecer a pessoa e sua necessidade;
4. Essa pergunta reflete o **Propósito** da equipe com relação à população de sua área de abrangência: “O que espera alcançar (resultados, output) para as pessoas? Que valor quer agregar para a saúde, para a vida delas?”;
5. Para alcançar os resultados, é preciso organizar o percurso entre a “entrada” e a “saída”: realizar o mapeamento dos **Processos** e organizar a melhor forma de atenção;
6. Alguns processos são **padronizados**;
7. Na “saída”, é preciso medir os resultados e verificar se a Pessoa teve sua necessidade efetivamente respondida.

Para que na “saída” da pessoa ela tenha sua necessidade resolvida todos os processos de trabalho necessitam estar organizados e dentre eles o acesso.

Organização do acesso na Etapa 3

Para organizar o acesso na etapa 3, trabalha-se o enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento, os tipos de agendamentos na atenção primária à saúde, o manejo dos backlogs, o tamanho do painel, o agendamento por blocos de hora, a agenda aberta e as tecnologias de alisamento dos fluxos de atendimento.

O enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento utiliza tecnologias de racionalização de fluxos. Para isso, identifica e quantifica os vários tipos de variabilidade no fluxo de pessoas usuárias (demanda) e identifica os recursos disponíveis para diferentes grupos de pessoas usuárias (oferta), com o objetivo de reduzir os tempos de espera. Os sistemas de agendamento são definidos para minimizar os tipos de agendamentos de modo a racionalizar os atendimentos. Para facilitar este entendimento realiza-se um estudo de demanda da unidade de saúde.

Há diferentes tipos de solicitação de agendamentos na APS. Há agendamentos solicitados pelas pessoas usuárias (agendamentos diretos), presenciais quando as pessoas se deslocam para as unidades de APS ou a distância quando as pessoas agendam por telefone ou internet. Há, também, agendamentos indiretos realizados pelos profissionais de saúde para retornos programados. No SUS, predomina largamente o sistema de agendamento presencial em que as pessoas devem se dirigir a uma Unidade Básica de Saúde para buscar atendimento, mas há de se entender que esse sistema tem problemas porque é inerente a ele uma barreira de acesso, que é o custo de oportunidade de deixar de fazer outras atividades diárias para ir até um serviço de cuidados primários. Assim, um sistema virtuoso de acesso à APS deve ofertar as duas possibilidades, porém deve estimular, quando possível, o agendamento a distância por telefone ou por internet.

As equipes de APS devem buscar a diminuição ou a eliminação dos atrasos nos atendimentos às pessoas usuárias que solicitam agendamento por telefone, por internet, presencialmente na unidade ou nos retornos programados. Boa parte dessas demandas pode ser atendida por alternativas tecnológicas complementares aos atendimentos presenciais nas unidades de APS.

Contudo, a atenção à saúde é caracterizada por uma centralidade na atenção presencial, face a face, com participação relativa muito frágil da atenção à distância. Isso convoca o aumento relativo dos atendimentos a distância que não substituem, mas complementam os atendimentos presenciais. Devem-se promover melhores práticas de uso de cuidados eletrônicos na APS porque isso poderia melhorar o acesso e a qualidade dos serviços (THE HEALTH COMMITTEE, 2016).

O problema central do acesso à APS está na existência de *backlogs* que são acumulações de trabalho em função de um modelo de agendar para datas futuras os atendimentos de hoje. Deve ficar claro que nenhum sistema de agendamento pode funcionar adequadamente sem a eliminação do mau backlog. Assim, é fundamental eliminar o mau backlog para organizar o acesso aos cuidados primários. Para isso é importante medir quanto tempo as pessoas levam para conseguir um atendimento na unidade de saúde. Se necessário elaborar um plano de redução do backlog que tenha uma data final que coincidirá com a implantação de um novo sistema de agendamento; esse plano de redução envolverá todos os profissionais da unidade e das equipes e, muitas vezes, exigirá, temporariamente, uma carga adicional de trabalho e/ou uma redução do tempo médio de atendimento.

O manejo adequado do bom backlog derivado de atendimentos programados pela equipe, normalmente, sob a forma de retornos, tem uma lógica operacional distinta, advindo da programação das atividades a partir da estratificação de risco das condições crônicas.

O tamanho do painel é uma variável fundamental no equilíbrio entre demanda e oferta de serviços de saúde. Um painel com o tamanho certo é um determinante do acesso adequado. Um painel excessivo com sua conseqüente demanda cria falsas expectativas e determina o desvio das pessoas a outras unidades ou equipes, especialmente a unidades de atenção às urgências e às emergências, reduzindo a satisfação dessas pessoas e dos profissionais, gerando retrabalhos e produzindo exames desnecessários.

O ajuste do tamanho do painel de pessoas por equipe é uma condição necessária para a racionalização da demanda à APS. O tamanho do painel deve ser estabelecido com equidade entre as diferentes equipes de modo que não haja equipes com painéis excessivos e equipes com painéis baixos. Isso leva a uma distribuição injusta entre os profissionais de saúde e afeta o ambiente de trabalho de uma organização. A PNAB considera o painel variando de 2.000 a 4.000 pessoas por equipe de PSF, a nova política de financiamento apresenta uma variação do número de pessoas, a depender do contingente populacional de cada município.

Com relação ao agendamento por bloco de horas, um menor número de pessoas usuárias é agendado em períodos menores, como blocos de hora. A vantagem do bloco de horas é que introduz uma flexibilidade na atenção atendendo às quatro pessoas com tempos diferenciados conforme as naturezas singulares de suas demandas (por exemplo, dois atendimentos de 10 minutos e dois atendimentos de 20 minutos).

A organização racional do acesso à APS pressupõe um sistema de agenda aberta - ta todos os dias para o atendimento das pessoas que buscam as unidades para a atenção e que desejam ser atendidas naquele mesmo dia. Nos modelos clássicos de acesso avançado, essa agenda aberta pode chegar à maioria dos atendimentos (50% a 80%), especialmente nas consultas individuais. Contudo, quando se organiza o acesso, superando-se o mau backlog e valorizando o bom *backlog*, esse percentual deve ser menor para fugir do modelo da consultação e superar a "tirania do urgente".

Melhorar o fluxo de trabalho e eliminar os desperdícios aumenta a eficiência e a efetividade da clínica da APS. Estima-se que mais de 40% do trabalho clínico é redundante ou apresenta desperdícios. Para contrapor-se a isso, várias estratégias podem ser utilizadas, como o mapa de fluxos, o ciclo de tempo do atendimento, o planejamento das consultas, a reunião da equipe, a coinstalação, a padronização dos consultórios e dos equipamentos, a identificação e remoção de gargalos, a remoção de passos intermediários (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2016).

O mapa de fluxo e o ciclo de tempo do atendimento são ferramentas importantes para realizar o alisamento dos fluxos e para aumentar a eficiência do acesso à APS (BACKER, 2002).

Mapa de fluxo significa acompanhar uma pessoa em uma unidade e anotar detalhadamente o que ocorre nesse circuito desde que a pessoa o inicia até que o termine, anotando todas as observações e impressões. O objetivo é identificar gargalos e compreender suas causas para superá-los. Os principais gargalos costumam ocorrer pelo uso excessivo de papéis, por equipamentos inadequados, por espaços mal dimensionados, pelas duplicações de tarefas, por retrabalhos, por interrupções no trabalho do profissional (por exemplo, para atender chamadas telefônicas ou buscar um formulário) e por atividades que não geram valor para as pessoas usuárias. É importante registrar as observações das pessoas usuárias que são acompanhadas em seus circuitos na unidade.

O mapa de fluxos permite uma compreensão dos processos reais, de seus problemas e de suas causas, permitindo imaginar como os processos podem ser redesenhados para garantir eficiência. O redesenho deve ser feito na perspectiva das pessoas usuárias e não dos profissionais de saúde.

O ciclo de tempo do atendimento baseia-se no mapa de fluxos. Ele mede a quantidade em minutos que uma pessoa despende desde que chega à unidade até que a deixa. O ciclo do tempo não inclui, nos cuidados primários, o tempo gasto no laboratório ou em serviços de apoio diagnóstico.

Essa tecnologia busca distinguir entre o tempo que a pessoa gasta diretamente com os profissionais da equipe (tempo que gera valor) do tempo que gasta em espera de atendimento com esses profissionais (tempo que não gera valor). A meta não é necessariamente reduzir o ciclo de tempo total, mas maximizar o tempo que a pessoa gasta com o atendimento direto pelo profissional. Isso é importante porque se pode aumentar o acesso das pessoas aos atendimentos, mas com incremento dos tempos de espera e das filas no interior da unidade. A meta deve ser otimizar o tempo que gera valor, diminuindo o tempo que não gera valor.

INSTRUMENTO PARA MAPEAMENTO DOS PROCESSOS DA RECEPÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Orientações:

O mapeamento deve ser realizado pelos profissionais que atuam (total ou parcialmente) no setor.

Desenho do processo atual:

- Listar de maneira livre todas as atividades realizadas no setor, independente da frequência, importância ou responsabilidade;
- Agrupar as atividades de acordo com a sua natureza (exemplo: todas as atividades relacionadas a cadastro do usuário, ou à marcação de consultas);

Fazer uma análise qualitativa para identificar as atividades mais críticas, com relação ao tempo de realização (pelo atendente e de espera para o usuário), reclamações, sobrecarga e estresse; aquelas em que o atendente tem algum grau de dificuldade para realização (por falta de conhecimento e/ou habilidade); e as que poderiam, na opinião dos próprios atendentes, ser transferidas para outro setor, caso seja necessário e seja viável.

Realizar a medição de volume de atendimentos:

- Elaborar matriz de medição, inserindo na coluna um campo para "número de usuários", seguido da lista de atividades relacionadas pelos atendentes e, no cabeçalho, o período de tempo, por dia e turno;
- Registrar um "X", no dia e turno correspondentes, para cada usuário;
- Registrar um "X" no mesmo dia e turno correspondente para cada atividade realizada para aquele usuário;
- Período total de 1 (uma) semana;
- Cada atendente deverá registrar o próprio atendimento;
- Somar o total de usuários e atividades por dia e turno, por atendente e geral.

Realizar análise da medição:

- Ordenar as atividades por ordem decrescente de frequência de execução (número de vezes em que foram executadas) e fazer o somatório final (número total de atividades e total de vezes que foram executadas);
- Fazer análise de Pareto: calcular o percentual da frequência de execução de cada atividade em comparação com o total de execuções de todas as atividades; identificar aquelas poucas atividades que, juntas, acumulam maior frequência de execução (normalmente, 20% dos itens avaliados [atividades] correspondem a 80% das vezes em que foram executado); isto permite

- verificar onde focar as ações de melhoria;
- Desenhar gráfico para análise comparativa da distribuição entre os turnos da manhã e tarde e os dias da semana;
- Poderá ser feita também análise comparativa entre os atendentes;
- Considerar as variáveis: número de atendentes no turno avaliado; funcionamento dos equipamentos; e outros fatores determinantes do desempenho.

Discutir e planejar as ações de melhoria dos processos.

- Elaborar o novo desenho dos processos da recepção, utilizando a matriz 5W3H.
- Uma matriz em Excel será disponibilizada para as adaptações necessárias. Exemplo de matriz de medição:

Os resultados deverão ser apresentados na próxima oficina Tutorial.

USUÁRIOS/ ATIVIDADES	// SEG		// TER		// QUA		// QUI		// SEX	
	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	MANHÃ	TARDE	TARDE	TARDE	TARDE
Usuário										
Atividade 1*										
Atividade 2*										
Atividade 3*										
Atividade n*										

*Atividades listadas anteriormente

Exemplo de análise da medição (Pareto e distribuição na semana):

ÍTEM	TOTAL					TOTAL GERAL	MÉDIA DIÁRIA	MÉDIA / HORA	%
	20/mar	21/mar	22/mar	23/mar	24/mar				
Marcação consultas especializadas	45	106	84	52	40	327	65,4	5,9	14,9%
Orientações	67	64	69	50	51	301	60,2	5,5	13,7%
Recepção atendimento marcado	53	43	61	46	38	241	48,2	4,4	10,9%
Entrega consultas especializadas	28	81	63	44	20	236	47,2	4,3	10,7%
Atendimento telefone	44	63	58	43	16	224	44,8	4,1	10,2%
Marcação laboratoriais	44	49	43	30	20	186	37,2	3,4	8,4%
Marcação saúde bucal	63	31	16	43	19	172	34,4	3,1	7,8%
Marcação retorno interno	26	25	46	10	9	116	23,2	2,1	5,3%
Informações fila de espera	11	28	20	19	6	84	16,8	1,5	3,8%
CAD SUS	15	20	4	20	13	72	14,4	1,3	3,3%
Desarquivamento prontuário	21	16	16	18	0	71	14,2	1,3	3,2%
Marcação ECG	9	11	10	2	8	40	8,0	0,7	1,8%
Marcação RX	8	8	18	5	0	39	7,8	0,7	1,8%
Cadastro usuário da unidade	6	7	8	7	5	33	6,6	0,6	1,5%
Cadastro usuário outro município	9	6	8	6	2	31	6,2	0,6	1,4%
Entrega prevenção / ECG	5	9	7	6	2	29	5,8	0,5	1,3%
Total dia	454	567	531	401	249	2.202	440,4	40,0	100,0%
% da semana	33,7%	42,0%	39,4%	29,7%	18,5%				
% do total									

Exemplo de uma Matriz 5W3H (para descrição dos processos redesenhados):

PROCESSO:							
JUSTIFICATIVA:							
VERIFICAÇÃO: (Medição)							
O QUE	COMO	QUEM	QUANDO	ONDE	QUANTO		DOC. REF.
					RECURSO	QUANT.	

POP - RECEPÇÃO

*Referência para atualização e customização

IDENTIFICAÇÃO

Revisão:		Data emissão:	
		Vigência:	12 meses
		Data revisão:	

ATIVIDADE:

Fluxo interno a partir da recepção do usuário.

EXECUTANTE:

Recepcionistas, Auxiliares Administrativos, Gerência.

RESULTADOS ESPERADOS:

- Sistematizar a recepção do usuário, direcionando-o para o atendimento necessário, assegurando atendimento correto e satisfação do mesmo. Estabelecer rotinas de organização e funcionamento da recepção.
- “O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo as construções de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/ serviços, trabalhador/equipe (BRASIL, 2010)”.
- Todos são responsáveis pelo Acolhimento dos usuários: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Recepcionistas, Agentes Comunitários de Saúde, Cirurgião Dentistas, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal, Médicos, Gerente Administrativo, Zeladores, Vigilantes, Motoristas e qualquer outro servidor integrante da unidade básica de saúde.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Manter o ambiente sempre limpo e organizado;
- Portar vestes limpas e adequadas ao ambiente de trabalho;
- Utilizar crachá e uniforme, quando fornecidos;
- Manter-se em postura adequada, receptiva, acolhedora e proativa;
- Ser cordial, paciente, respeitoso e gentil;
- Mostrar-se sempre disponível;
- Falar de forma clara e objetiva de forma que o usuário o compreenda facilmente;
- Olhar para o usuário durante a comunicação;
- Saudá-lo (Bom dia, Boa tarde, boa noite ou, pois não? Em que posso ajudá-lo?);
- Perguntar ao usuário o seu nome e anotar para não esquecer;
- Despedir-se (até logo, etc.);
- Ouvi-lo sempre antes de falar;
- Informá-lo e orientá-lo, por escrito quando necessário;
- Quando em atendimento a um usuário e outro chegar: sinalizar que percebeu sua presença e solicitar gentilmente que aguarde (sugestão: Bom dia senhor, em alguns minutos já vou atendê-lo).
- Ser educado;
- Usar tom de voz baixo, porém audível;
- Jamais alterar o tom de voz com o usuário;
- Manter a equidade no atendimento (tratar igualmente, respeitando as diferenças);
- Estar atento às urgências e emergências;

- Estar atento ao seu atendimento e à pessoa que está atendendo;
- Manter-se calmo em situações conflituosas que surjam durante o seu atendimento, demonstrando paciência e não revidando a agressões. Em situações que considere difícil, solicitar sempre a presença de outro profissional para auxiliar na assistência;
- Dar continuidade ao trabalho;
- Direcionar o usuário para o atendimento necessário de acordo com escuta;
- Identificar a necessidade do usuário e encaminhá-lo ao serviço necessário;
- Atualizar cadastro e cartão SUS sempre que necessário, inserindo número de telefone atual no item, contato;
- Informar a população sobre o agendamento por bloco de horas;
- Se atentar ao agendamento por bloco de horas conforme pactuado com a equipe e gestão da UBS;
- Garantir essas vagas para atendimento às urgências;
- Jamais orientar o cliente a vir procurar encaixes;
- São permitidos os agendamentos por telefone;
- Um dia antes da consulta ligar para o usuário confirmando a consulta agendada;
- Caso o usuário confirme que vai faltar, incluir outro usuário na vaga, conforme a demanda;
- Caso o usuário falte à consulta agenda/programada informar no PEC que o mesmo faltou a consulta;
- Só informar a falta do usuário no final de cada expediente;
- Em casos de atrasos, reforçar ao usuário sobre a importância do agendamento por bloco de horas e chegar 15 minutos antes da hora agendada.
- O atendimento é por agendamento prévio. Sendo garantido o atendimento também do usuário que se encontra em situação de urgência, conforme protocolo pré-estabelecido (caderno 28);
- Ao receber encaminhamentos, anote sempre dois telefones atuais do usuário;
- Entregar os encaminhamentos, em mãos ao regulador;
- Orientar o usuário de forma adequada quanto aos horários, certificar-se de que o usuário compreendeu as informações ofertadas;

IMPORTANTE:

- JAMAIS deixar a recepção sozinha. Ao ausentar-se, solicitar para que alguém permaneça em seu lugar até o seu retorno;
- JAMAIS compartilhar informações confidenciais dos usuários;
- Ao intervalo de almoço, passar as informações para o colega dar continuidade e permanecer as rotinas estabelecidas;
- Não cabe à recepção dispensar o usuário;
- JAMAIS falar ao telefone enquanto fornece informações ao usuário;
- As recomendações são válidas também para o atendimento por telefone.

INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO BALANÇO DO ATENDIMENTO SEMANAL

A questão central para o acesso é o balanceamento entre a demanda e a oferta. Isto é essencial para chegar a sistemas eficientes e efetivos (HALL, 2012; MENDES, 2019) e implica manter uma constante capacidade analítica de compreensão da dinâmica envolvida nessa relação para tomar ações, seja do lado da oferta, seja do lado da demanda, visando ao seu equilíbrio (MURRAY e BERWICK, 2003).

A demanda refere-se ao total das pessoas que procuram atendimento em um período determinado por telefone, por mensagens eletrônicas, teleassistência e presencialmente nas unidades de saúde (demanda externa), somado ao número de atendimentos de retorno gerados pelos profissionais de saúde (demanda interna). A oferta é definida como o número de atendimentos disponíveis em um dado período e se concretiza em uma agenda elaborada pelas unidades de saúde envolvendo todos os seus profissionais e as suas diferentes formas de encontros clínicos, como consultas individuais face a face, atendimentos contínuos, atendimentos compartilhados a grupos, grupos operativos, grupos de pares, atendimentos a distância e outros. (MENDES, 2012).

O balanceamento da demanda e da oferta exige ações de racionalização (Tantau; Associates, 2009) que se baseiam em uma avaliação quantitativa, formal e contínua, da oferta e da demanda para a provisão do acesso oportuno aos serviços de saúde. Por isto a necessidade de realizar a análise do balanceamento semanal.

Análise do balanceamento semanal

No instrumento existem duas matrizes: uma para medir a demanda e outra para levantar a oferta.

Para medir a demanda:

- Utilizar a aba "Matriz para coleta da Demanda". A coluna da esquerda apresenta a lista de serviços oferecidos pela unidade; o cabeçalho apresenta os dias da semana e turnos de atendimento (manhã, tarde e noite).
- Revisar e adequar a matriz, se necessário, incluindo ou excluindo itens da lista de serviços e turnos de atendimento. O instrumento deve ser aplicado em todas as portas de entrada da unidade, ou seja, serviços com acesso direto do usuário (normalmente: recepção, vacinação, curativo, aferição de PA, farmácia, atividades coletivas e outros, de acordo com a organização da unidade).

- Os profissionais que atendem nos vários setores e serviços devem conhecer a proposta e se apropriar do instrumento e metodologia de aplicação.
- Para o registro, marcar quantitativo para cada usuário atendido, no dia e turno do atendimento, repetindo a marcação para todos os serviços (linhas) demandadas.
- Para o atendimento pela equipe multidisciplinar, o registro pode ser detalhado por qualquer profissional atuante na equipe.
- Para as atividades coletivas (em grupos), registrar o número de usuários participantes.
- Para demandas não respondidas por qualquer motivo (ausência do profissional, fora do horário de atendimento, agenda lotada ou outros), registrar no campo específico – “Demanda por atendimento não respondida”.
- Realizar o registro durante 1 (uma) semana.
- Em caso algum dia durante a semana que seja muito atípico, como por exemplo uma chuva muito forte, impedindo que os usuários busquem a unidade de saúde, repedir a medição no dia e período equivalente na próxima semana.
- Somar o total de usuários por atividade e período de atendimento (turno, dia e semana).

Para levantar a oferta:

- O instrumento deve ser preenchido pelo gerente da unidade, em consenso com a equipe de profissionais e responsáveis pelos serviços.
- Utilizar a aba "Matriz para coleta da Oferta". A coluna da esquerda lista os profissionais da equipe e serviços oferecidos na unidade; o cabeçalho apresenta os turnos de atendimento (manhã, tarde e noite).
- Revisar e adequar a matriz, se necessário, incluindo ou excluindo itens da lista de profissionais e serviços e turnos de atendimento. Caso seja incluídos novos itens a lista, copiar a fórmula.
- Para o atendimento pela equipe multidisciplinar, o registro deve ser detalhado por profissional atuante na equipe.
- Para as atividades coletivas, registrar o número de grupos e participantes.
- Para os serviços em que a medição não é possível ou não há limite de atendimentos (farmácia e recepção, por exemplo),

registrar o horário de atendimento, número de atendentes e observações que sejam úteis para analisar a capacidade de resposta à demanda para o setor.

- É importante que o registro seja total e fidedigno.
- Registrar o número total de atendimentos ou procedimentos previamente previstos para o profissional ou serviço, distribuídos nos turnos e dias da semana.
- Somar o total de atendimentos e procedimentos por profissional/serviço e período de atendimento (turno, dia e semana).
- Balanceamento entre a demanda e oferta
- A avaliação do balanceamento entre a demanda e a oferta corresponde à análise comparativa entre as duas medições realizadas.
- Comparar o número total semanal de demandas dos usuários com o número total semanal de atendimentos ofertados por profissional ou serviço, verificando se a demanda está acima, abaixo ou equilibrada com relação à oferta de serviços da unidade.
- A análise também deve ser feita por turnos e dias da semana, buscando aqueles momentos em que há sobrecarga ou ociosidade dos profissionais e serviços.
- Em seguida, fazer discussão com a equipe e responsáveis dos serviços para definir ações de ajustes (racionalização) da demanda ou da oferta.

Uma matriz em Excel será disponibilizada para o levantamento das informações.

REFERÊNCIAS

MENDES, E, V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MURRAY, M. **Open access on advanced access scheduling.** In: Institute of Medicine. Transforming health care scheduling and access: getting to now. Washington: The National Academies Press; 2015.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. **Advanced access.** JAMA, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003.

MURRAY, M.; TANTAU, C. **Same-day appointments:** exploding the access paradigm. Family Practice Management, v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000.

TANTAU & ASSOCIATES. **Panels and panel equity.** 2009. Disponível em: <http://www.ihl.org/Pages/Tools/UnderstandingPanelsinPrimaryCare.asp>. Acesso em: 07 maio 2011.

TEXTO DE APOIO 2: O MAPA DE FLUXO E O CICLO DE ATENDIMENTO¹

Melhorar o fluxo de trabalho e eliminar os desperdícios aumenta a eficiência e a efetividade da clínica da atenção primária à saúde. Estima-se que mais de 40% do trabalho clínico é redundante ou apresenta desperdícios. Para contrapor-se a isso várias estratégias podem ser utilizadas, mas aqui estaremos abordando o mapa de fluxos, o ciclo de tempo do atendimento, identificação e remoção de gargalos e a remoção de passos intermediários. (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2016).

O mapa de fluxo

O mapa de fluxo e o ciclo de tempo do atendimento são ferramentas importantes para realizar o alisamento dos fluxos e para aumentar a eficiência do acesso à atenção primária à saúde (BACKER, 2002).

Mapa de fluxo significa acompanhar uma pessoa numa unidade e anotar detalhadamente o que ocorre neste circuito desde que a pessoa o inicia até que o termine, anotando todas as observações e impressões. O objetivo é identificar gargalos e compreender suas causas para superá-los. Os principais gargalos costumam estar em uso excessivo de papéis, equipamentos inadequados, espaços mal dimensionados, duplicações de tarefas, retrabalhos, interrupções no trabalho do profissional (por exemplo, para atender chamadas telefônicas ou buscar um formulário) e atividades que não geram valor para as pessoas usuárias. É importante registrar as observações das pessoas usuárias que são acompanhadas em seus circuitos na unidade.

O mapa de fluxos permite uma compreensão dos processos reais, de seus problemas e de suas causas, permitindo imaginar como os processos podem ser redesenhados para garantir eficiência. O redesenho deve ser feito na perspectiva das pessoas usuárias e não dos profissionais de saúde.

O mapa de fluxos permite também identificar processos que geram valor e outros processos que não geram valor para as pessoas e que devem ser eliminados. Tem se constatado que certos fluxos não agregam valor para as pessoas como **certas pré-consultas** e o autopreenchimento de históricos de saúde pelas pessoas usuárias(BACKER, 2002).

¹Texto adaptado com base no Capítulo 11 – O desafio dos cuidados primários: a organização do acesso à atenção primária à saúde de Eugênio Vilaça Mendes no livro Desafios do SUS: CONASS, 2019.

O mapa de fluxos deve ser feito para perfis de oferta singulares: fluxos da atenção aos eventos agudos; fluxos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; fluxos de atenção preventiva; fluxos de demandas administrativas; fluxos de atenção domiciliar; e fluxos de apoio ao autocuidado.

O ciclo de tempo do atendimento

O ciclo de tempo do atendimento baseia-se no mapa de fluxos. Ele mede a quantidade em minutos que uma pessoa despende desde que chega à unidade até que a deixa. O ciclo do tempo não inclui, nos cuidados primários, o tempo gasto no laboratório ou em serviços de apoio diagnóstico.

Essa tecnologia busca distinguir entre o tempo que a pessoa gasta diretamente com os profissionais da equipe (tempo que gera valor) do tempo que gasta em espera de atendimento com esses profissionais (tempo que não gera valor). A meta não é necessariamente reduzir o ciclo de tempo total, mas maximizar o tempo que a pessoa gasta com o atendimento direto pelo profissional. Isso é importante porque se pode aumentar o acesso das pessoas aos atendimentos, mas com incremento dos tempos de espera e das filas no interior da unidade. A meta deve ser otimizar o tempo que gera valor, diminuindo o tempo que não gera valor.

Um método de medir a quantidade de tempo para cada etapa do atendimento (tempo que gera valor e tempo que não gera valor) é usar o instrumento do ciclo da pessoa usuária.

O ciclo da pessoa usuária pode ser medido de três diferentes formas: a pessoa recebe o formulário e o vai preenchendo ao longo do atendimento; o preenchimento é feito pela equipe ao longo do atendimento; ou uma terceira pessoa acompanha o atendimento e faz as anotações.

A metodologia adaptada para aplicar essa tecnologia consiste em:

- Realizar o acompanhamento de 2 pessoas usuárias por cada períodos de atendimento da unidade, durante uma semana, totalizando, no mínimo 10 acompanhamentos.
- Selecionar um usuário no momento em que chega à UBS, logo na porta de entrada.
- A seleção pode ser feita de maneira aleatória e por tipo de demanda: demanda espontânea, consulta programada (gestantes, crianças, hipertenso/diabético, outro), vacinação, curativo, saúde bucal, coleta para exames, demandas administrativas, outros atendimentos.
- Apresentar-se à pessoa usuária, fazer a proposta sobre a avaliação do ciclo de atendimento e esclarecer que o objetivo é

- melhorar a qualidade do atendimento.
- Dinâmica da atividade:
 1. acompanhar o usuário durante toda a permanência na unidade, em todas as etapas, desde a chegada até a saída, registrando todas as anotações na planilha própria;
 2. registrar o local ou etapa de atendimento, com horário de início e de término;
 3. registrar as observações sobre o atendimento, considerando o desempenho das atividades realizadas no setor ou etapa; as dificuldades, gargalos e retrabalho identificados; a qualidade do atendimento; a satisfação do usuário e do trabalhador e a resolutividade naquela etapa.
 - No final do ciclo, antes da saída do usuário, perguntar sobre a satisfação geral do atendimento.
 - Para cada tipo de demanda realizar o desenho do fluxo atual, que deverá ser apresentado na próxima tutoria, com análise crítica a respeito das atividades que não geram valor para a pessoa usuária;
 - Elaborar novos fluxos na perspectiva das pessoas usuária, considerando os processos que agregam valor.

A identificação e a remoção de gargalos

O gargalo restringe o fluxo das pessoas usuárias dentro e entre os sistemas clínicos e ocorre quando a demanda por um recurso particular (exemplo, um consultório, um profissional ou um exame) é maior que a oferta disponível. Para gerenciar o gargalo deve-se primeiro identificá-lo e, depois, remover o trabalho desnecessário incluído no gargalo.

Todo sistema tem um gargalo denominado de passo limitante da velocidade que determina a velocidade com a qual o trabalho transita pelo sistema. Esse gargalo é usualmente o mais valoroso e o mais escasso dos recursos. O foco deve estar em otimizar a oferta do gargalo limitante da velocidade e não em buscar a otimização de cada recurso do sistema como um todo.

É muito difícil identificar um gargalo avaliando a demanda e a oferta de cada recurso porque estes elementos podem ser mascarados por gargalos de outras partes do sistema. Para identificar o gargalo, é preciso verificar onde o trabalho está se acumulando ou onde as filas estão se formando. Para identificar o gargalo é preciso observar certos sinais dentro do sistema tais como faltas de informação ou de materiais, ou onde as pessoas usuárias ou os onde profissionais estão esperando. Muitas vezes se pensa que o médico é o gargalo, mas sempre há outros fatores presentes.

Em geral o trabalho da equipe clínica é o passo limitante da velocidade porque esses profissionais fazem coisas singulares que geram valor para as pessoas. Consequentemente qualquer

trabalho que o profissional clínico faz e que não está relacionado especificamente com suas habilidades e competências deve ser delegado a outro membro da equipe segundo o enfoque da otimização da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares.

A remoção de passos intermediários

Cada membro da equipe de atenção primária à saúde que está envolvido no fluxo de pessoas ou de informações adiciona tempo ao processo e aumenta o risco de erros. Se cada renovação de receita exigir a assinatura do médico, deve-se eliminar o passo de ter um enfermeiro para revisar a solicitação ou deve-se desenvolver um sistema que não exija a assinatura do médico em cada receita.

As pessoas usuárias devem ser instruídas para, quando possível, se dirigirem diretamente ao profissional de sua equipe no check-in ao invés de dirigirem-se primeiramente a uma área de recepção central a fim de eliminar um passo extra no processo.

Após a identificação dos gargalos e eliminação dos passos intermediários, desenhar os fluxos para: atenção aos eventos agudos; atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; atenção preventiva; demandas administrativas; atenção domiciliar; e apoio ao autocuidado.

INSTRUMENTO PARA AVALIAR O MAPA DE FLUXO E CICLO DE ATENDIMENTO

Unidade Básica de Saúde:

Data:

Melhorar o fluxo de trabalho e eliminar desperdícios aumenta a eficiência e a efetividade da clínica da atenção primária à saúde. Estima-se que mais de 40% do trabalho clínico é redundante ou apresenta desperdícios.

O mapa de fluxo e o ciclo de tempo do atendimento são ferramentas importantes para realizar o alisamento dos fluxos de atendimento e para aumentar a eficiência do atendimento. O objetivo é identificar de um lado situações que não geram valor a pessoa usuária que deverão ser eliminados, compreender suas causas para superá-los e redesenhar fluxos na perspectiva das pessoas usuária considerando o conceito de valor. Os fluxos serão padronizados para o melhor funcionamento da UBS.

Orientações:

Realizar o acompanhamento de 2 pessoas usuárias de cada período de atendimento da unidade, durante uma semana.

Selecionar um usuário no momento em que chega à UBS, logo na porta de entrada.

A seleção pode ser feita de maneira aleatória e por tipo de demanda: demanda espontânea, consulta programada (gestantes, crianças, hipertenso/diabético, outro), vacinação, curativo, saúde bucal, coleta para exames, demandas administrativas, outros atendimentos.

Apresentar-se à pessoa usuária, fazer a proposta sobre a avaliação do ciclo de atendimento e esclarecer que o objetivo é melhorar a qualidade do atendimento.

Dinâmica da atividade:

- acompanhar o usuário durante toda a permanência na unidade, em todas as etapas, desde a chegada até a saída, registrando todas as anotações na planilha própria;
- registrar o local ou etapa de atendimento, com horário de início e de término;
- registrar as observações sobre o atendimento, considerando o desempenho das atividades realizadas no setor ou etapa; as dificuldades, gargalos e retrabalho identificados; a qualidade do atendimento; a satisfação do usuário e do trabalhador e a resolutividade naquela etapa.

No final do ciclo, antes da saída do usuário, perguntar sobre a satisfação geral do atendimento.

Para cada tipo de demanda realizar o desenho do fluxo atual, que deverá ser apresentado na próxima tutoria, com análise crítica a respeito das atividades que não geram valor para a pessoa usuária;

Elaborar novos fluxos na perspectiva das pessoas usuária, considerando os processos que agregam valor.

Nome da Unidade			
Motivo da Procura:			
ATIVIDADE	HORA		OBSERVAÇÕES
	INÍCIO	TÉRMINO	
Chegada na UBS			
Saída da UBS			

TEXTO DE APOIO 3: FLUXOGRAMAS DE PROCESSOS

Orientações para o desenho e redesenho

Fluxograma é uma técnica de representação gráfica que se utiliza de símbolos previamente convencionados, permitindo a descrição clara e precisa do fluxo ou sequência de um processo, bem como sua análise e redesenho. (Fryman, 2001)

É uma ferramenta de gestão utilizada nos ciclos de melhoria contínua dos processos.

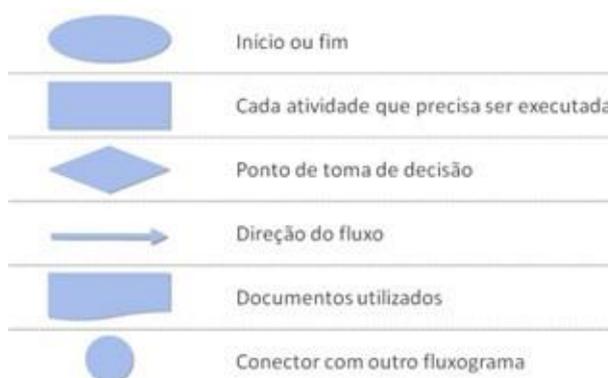
Descreve a sequência das atividades de um processo, desde o seu início (entrada), até a sua conclusão. As atividades são ordenadas, interligadas e sucessivas, respeitando a ordem natural do seu desenvolvimento. A conclusão do fluxograma (saída) deve evidenciar o valor ou benefício ofertado ao usuário do processo.

O fluxograma deve expressar as “regras de funcionamento” de um determinado processo ou serviço, bem como os momentos e critérios de decisão que os profissionais devem tomar sobre a realização ou não de uma atividade, o direcionamento de um fluxo de atendimento, a continuidade ou conclusão de uma etapa ou sobre a avaliação de uma determinada situação quanto à gravidade ou tempos de resposta.

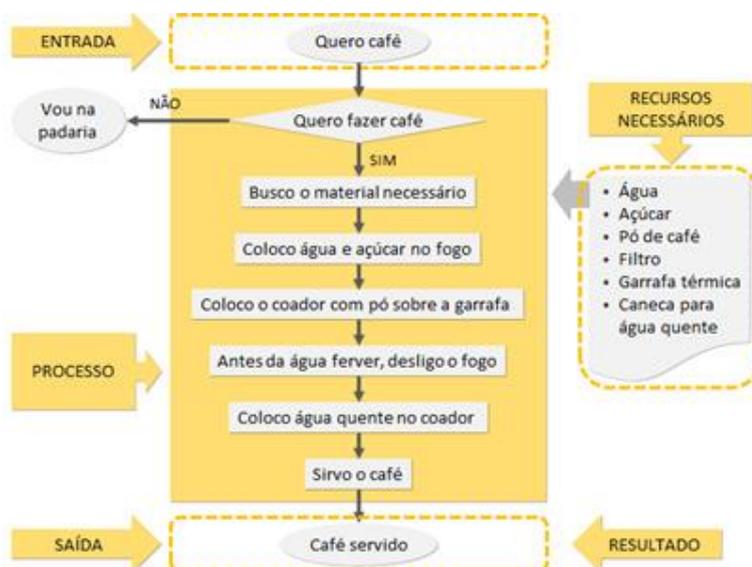
Passos para o (re)desenho de um fluxograma:

1. Discutir com a equipe o objetivo do (re)desenho de um fluxo de atendimento: a melhoria contínua dos processos.
2. Deverá ser elaborado com participação de todos os que são responsáveis ou conhecem como o processo funciona no dia-a-dia.
3. O fluxograma pode ser desenhado em meio eletrônico ou mesmo utilizando de um papel ou cartolina.
4. Desenho:
 - Descrever o fluxo dos processos como são desenvolvidos pela equipe.
 - É útil fazer a memória do atendimento ou processo, sinalizando o seu momento inicial e descrever todo o percurso, com todas as etapas, atividades e variáveis, expressando os momentos de decisão e respeitando a ordem real de seu desenvolvimento.
 - Este momento pode ser caracterizado como um brainstorming dos participantes, sem a preocupação com as formas gráficas.

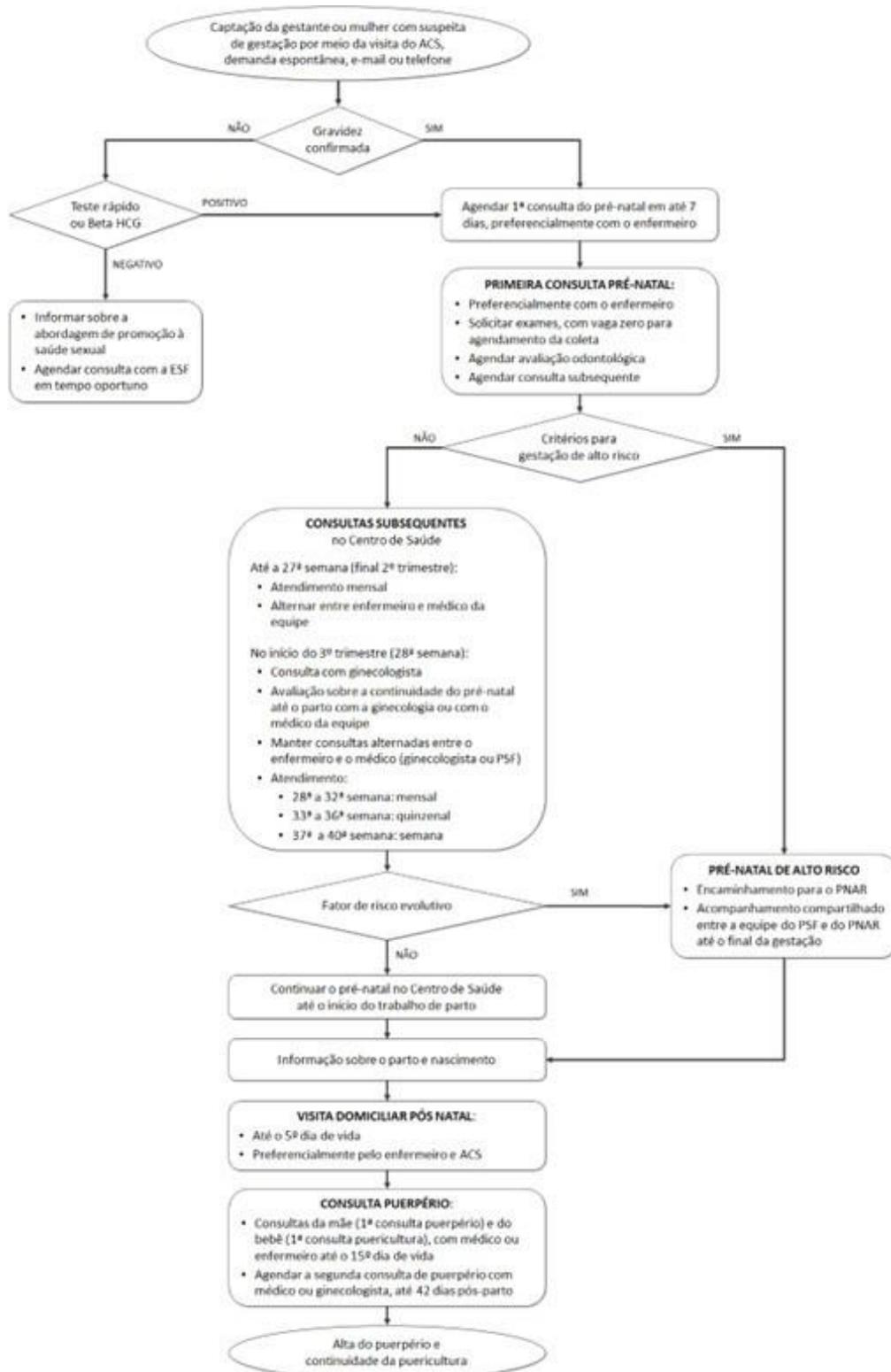
5. Análise crítica:
 - Uma vez desenhado, fazer uma leitura crítica do desenho.
 - Identificar as inconformidades: gargalos, retrabalho, sobrecarga, reclamações e outras.
 - Sinalizar as oportunidades de melhoria relacionadas à agilidade e assertividade dos fluxos.
6. Redesenho:
 - Definir o título do fluxograma, indicando o processo ou fluxo de atendimento descrito.
 - Discutir as correções necessárias para as inconformidades identificadas na análise e definir a nova forma de descrição que expresse a melhoria almejada. A literatura denomina essa etapa como “alisamento” do fluxo, ou seja, eliminação de todos os pontos de atrito identificados.
 - A descrição deve ser sucinta e objetiva, com uma redação compreensível para qualquer pessoa que utilizar o fluxograma posteriormente.
 - As formas gráficas padronizadas são inúmeras. De maneira simplificada, podem ser utilizadas as seguintes:



- O percurso deve ser linear, evitando cruzamentos ou “idas e voltas” às mesmas atividades ou momentos.
- Exemplo de fluxograma: “Como fazer café”



- Exemplo do fluxograma: Atenção ao pré-natal e puerpério:



- Após o redesenho, fazer uma verificação final sobre a clareza, objetividade e, principalmente, sobre o valor agregado para o usuário do processo (este é o teste final). (“No papel ficou bonito, mas funciona bem e alcança o resultado esperado?”)

7. Implantação:

- Definir a modalidade de comunicação interna (para todos os profissionais) e externa (para a comunidade).
- Implantar o fluxograma e monitorar o seu desenvolvimento.
- Como toda ferramenta de processo, deve ser avaliada periodicamente, fazendo-se os ajustes necessários.
- No caso dos fluxogramas representativos dos fluxos de atendimento, a medição do ciclo de atendimento (ver outro anexo), pode ser útil para identificar eventuais outros gargalos ou inconformidades.

TEXTO DE APOIO 4: ORIENTAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DO ATENDIMENTO POR BLOCO DE HORAS

O agendamento por blocos de hora

O acesso aos serviços de saúde é materializado por meio de sistemas de agendamento das pessoas usuárias aos serviços. Três métodos de agendamento são comumente utilizados: o agendamento em bloco, o agendamento em bloco modificado e o agendamento individual (NATIONAL ACADEMY OF ENGINEERING AND INSTITUTE OF MEDICINE, 2005).

No agendamento em bloco, as pessoas usuárias são agendadas em turnos específicos durante o dia, como manhã e tarde, e atendidas, em geral, por ordem de chegada. No agendamento em bloco modificado, um menor número de pessoas usuárias é agendado em períodos de tempo menores, como blocos de hora. No agendamento individual, as pessoas usuárias são agendadas para um ponto específico de tempo determinado pela oferta dos profissionais, geralmente com atendimentos a cada 15 minutos (consultas médicas às 7h, 7h15, 7h30 e assim por diante).

No estudo de filas, as variáveis se apresentam de modo aleatório. Para essas variáveis, existem valores médios e uma distribuição de probabilidades. Isso implica que afirmar que o ritmo médio de atendimento é de 4 pessoas a cada 60 minutos não significa que cada pessoa será atendida em 15 minutos, mas que o somatório dos 4 atendimentos é igual a 60 minutos.

Essa constatação teórica leva à conclusão de que a forma mais eficaz de agendamento na atenção primária à saúde é o agendamento em bloco modificado, ou seja, em blocos de hora. Nesse método, tendo como base um atendimento médio de 15 minutos, grupos de quatro pessoas são agendadas para cada hora do dia (por exemplo, às 7h, deverão estar presentes quatro pessoas que serão atendidas entre 7h e 8h). A vantagem do bloco de horas é que introduz flexibilidade na atenção, atendendo essas quatro pessoas com tempos diferenciados de acordo com as naturezas singulares de suas demandas (por exemplo, dois atendimentos de 10 minutos e dois atendimentos de 20 minutos).

Existe também a possibilidade de agendar 3 consultas no bloco de horas e deixar uma para a demanda espontânea. O bloco de horas não se alinha com a antiga lógica do "dia do programa", em que os atendimentos de pessoas usuárias com a mesma condição crônica eram concentrados no mesmo dia e período.

Passo a Passo para organização das agendas de atendimento dos profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e demais profissionais da UBS por blocos de horas.

Etapa preparatória

- Designar a pessoa responsável pela implementação do atendimento por blocos de horas.
- Informar toda a equipe sobre a lógica do atendimento por blocos de horas, relacionando-a ao microprocesso "recepção," que constitui a base da atenção primária à saúde (APS), bem como à organização do processo de trabalho voltado para melhorar o acesso da população à unidade de APS.
- Realizar a capacitação dos profissionais da recepção e de toda a equipe para a nova lógica de marcação.
- Treinar os profissionais para agendar os retornos das consultas programadas nos blocos de horas previamente definidos.
- Informar a comunidade sobre as mudanças, utilizando canais como o Conselho Local de Saúde (CLS), Conselho Municipal de Saúde (CMS), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outras formas.
- Organizar salas de espera para comunicar a nova forma de marcação.

Montagem da Agenda

- A agenda deve ser montada de forma que a marcação seja feita em blocos de hora, onde a cada 1 hora será agendado um número de consultas para a demanda programada, deixando um espaço para a demanda espontânea.
- O primeiro bloco de consultas deve ser agendado após 15 minutos do horário contratual do profissional, para permitir que ele se organize para o primeiro atendimento.
- O número de atendimentos em cada bloco de horas deve ser discutido com os profissionais de acordo com suas especificidades. Por exemplo, 4 usuários para consultas com médicos, incluindo uma consulta de demanda espontânea, e 3 usuários para enfermeiros, incluindo uma consulta de demanda espontânea.
- A marcação de consultas deve ser disponibilizada tanto no período da manhã como da tarde.
- Deve-se proteger a agenda dos profissionais para a participação em reuniões de equipe, oficinas de tutoria (educação permanente) e visitas domiciliares.
- É importante eliminar da agenda os dias de atendimentos por "dias de programas".
- Também deve-se proteger a agenda da enfermeira para ações administrativas.

Agendamento do usuário

- Ao marcar a consulta, solicitar ao usuário que verifique os horários disponíveis e escolha o mais adequado para ele.
- Esclarecer ao usuário a importância de chegar 15 minutos antes do horário da consulta, informando que a equipe estará presente no momento em que o agendamento foi definido.
- Explicar ao usuário sobre a importância de não se atrasar, visto que atrasos podem impactar no atendimento de outras pessoas usuárias.
- Solicitar ao usuário que avise com antecedência no caso de algum impedimento para comparecer no dia agendado.
- Monitoramento das ações de implantação
- Inserir no Plano de Ação a implementação do processo de atendimento por blocos de horas.
- Realizar monitoramento semanal para acompanhar o progresso da implantação e atuar nas não conformidades.



COSEMS-CE
CONSELHO DAS SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DO CEARÁ

UMONE



OPAS

